



**HOSPITAL NACIONAL "SAN JUAN DE DIOS" SAN MIGUEL**  
**ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS**  
**UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL (UACI)**



Final 11 Calle Poniente y 23AV Sur Colonia Ciudad Jardín, "San Miguel"

**Lugar y Fecha:** San Miguel, 17 de Febrero de 2015 ✓ **No de Orden:** 056 ✓  
**Solicitante:** Sección Transporte ✓ **Solicitud No:** 009/2015 ✓  
Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante **TALLER AUTOMOTRIZ HERBERTH** ✓ **NIT Y / O NRC:** 1217-311275-102-2  
Herberth David Lievano  
**Clasificación:** Pequeña Empresa  
**Dirección:** Colonia San José, Pasaje Pineda No. 26, San Miguel.- Teléfono: 2667-4678

Reparación de vehículo Pick Up, Marca: FORD, Modelo: Ranger, Placa N-17918, propiedad del Hospital ✓

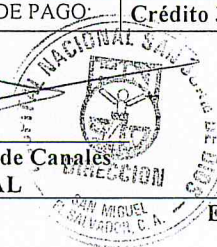
CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	PARCIAL	VALOR TOTAL
1	c/u	Sc	<u>REPUESTOS</u> Aceite de power	\$ 11.00	\$ 11.00	
1	c/u	Sc	Cremallera de dirección	\$ 1,100.00	\$ 1,100.00	\$ 1,111.00
1	c/u	Sc	<u>MANO DE OBRA</u> Alineado	\$ 10.00	\$ 10.00	
1	c/u	Sc	Desmontar cremallera	\$ 125.00	\$ 125.00	\$ 135.00
<b>TOTAL US:</b>						<b>\$ 1,246.00</b>

**(TOTAL EN LETRAS) Mil Doscientos Cuarenta y Seis 00/100 Dólares de los Estados Unidos de América** ✓

<b>OBSERVACION</b> Si el servicio o suministro es igual o mayor a \$ 100.00 (sin incluir IVA) favor aplicar y reflejar en factura el 1% de Retención.-	<b>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</b> TRAMITE PARA PAGO DE LOS BIENES: Presentar en la Unidad Financiera UFI, para tramite de Quedan, Factura consumidor final en duplicado cliente a nombre del Hospital Nacional San Juan de Dios de san Miguel, siete copias de las facturas y actas de recepción debidamente firmadas y selladas por el/la Guardalmacén, Representante de la empresa Suministrante, Administrador de contrato u orden de Compra. En caso de no aceptar esta Orden, solicitamos por escrito las razones por las cuales no acepta la adjudicación.	<b>C.C.</b> *ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.
---	--	--

<b>LUGAR DE ENTREGA:</b>	<b>HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL</b>	
<b>FECHA DE ENTREGA:</b>	<b>Inmediato</b>	<b>FORMA DE PAGO: Crédito 30 días</b>

F.   
**Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales**  
**DIRECTORA HOSPITAL**



**Administrador de la Orden:** Sr. José Dore Reyes Membreño  
Jefe Sección Transporte  
PBX: 2665-6100 Ext. 1133

**Elaboro: Nery S. Sánchez Cañas**